



**Mariana Neves Anileiro da Maia Ribeiro** **Apoio ao Domicílio: impacto e qualidade percebida pelo cliente**



**Mariana Neves Anileiro da Maia Ribeiro** **Apoio ao Domicílio: impacto e qualidade percebida pelo cliente**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gestão, realizada sob a orientação científica da Doutora Silvina Maria Vagos Santana, Professora Associada com Agregação ao Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro e sob a co-orientação científica da Doutora Sandra Maria Correia Loureiro, Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

## **o júri**

presidente

Prof. Doutora Raquel Matias da Fonseca  
Professor Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Prof. Doutor Manuel Campos Silvestre  
Professor Adjunto do Instituto Superior de Ciências da Informação e da Administração de Aveiro

Prof. Doutora Silvina Maria Vagos Santana  
Professora Associada com Agregação ao Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

Prof. Doutora Sandra Maria Correia Loureiro  
Professora Auxiliar do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

Agradeço à minha orientadora professora Doutora Silvina Santana e co-orientadora professora Doutora Sandra Loureiro que se mostraram incansáveis até à recta final do trabalho.

Agradeço toda a cooperação que obtive todas as enfermeiras que encontrei nos três Centros de Saúde que visitei.

Um obrigada a todos aqueles que contribuíram para a minha tese, em especial à Maria, à Tatiana, à Sofia e ao Bruno.

Aos meus pais que sempre me acompanharam e incentivaram durante todo o meu percurso académico.

**palavras-chave**

Cuidados ao domicílio; Cuidados primários; Qualidade de Serviços; Satisfação do Utente; Aveiro; Ílhavo; Vagos

**resumo**

O presente trabalho propõe-se estudar a percepção da qualidade do Serviço de Apoio ao Domicílio prestado a um grupo de utentes da região de Aveiro. A metodologia utilizada envolveu a inquirição dos utentes do Serviço de Apoio ao Domicílio dos Centros de Saúde de Aveiro, Vagos e Ílhavo, todos eles pertencentes ao Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga II. A dissertação é composta por uma apresentação dos Cuidados de Saúde Primários em Portugal, seguindo-se para um aprofundamento do Serviço de Apoio ao Domicílio. Posteriormente são apresentados os principais modelos de avaliação da Qualidade em Serviços, de onde descendeu a escala de avaliação usada neste trabalho. Por fim, são apresentados e discutidos os resultados obtidos neste estudo.

**keywords**

home care; primary care, quality of service; user satisfaction; Aveiro; Ílhavo; Vagos

**abstract**

The present work aims to study the perception of Quality of Domiciliary Support Service, in a group of users surveyed in the region of Aveiro. The methodology involved a survey conducted among the users of the service provided by the Health Care Centres of Aveiro, Vagos and Ílhavo, all of them belonging to the Agrupamento de Centros de Saúde Baixo Vouga II. The dissertation consists in a presentation of the Primary Health Care in Portugal, followed by the presentation of the Domiciliary Support Service. Subsequently, we present the main models for evaluating quality in services from which the grading scale used in this work descends. Finally, will present and discuss the results of this study.

# Índice

1. Os Cuidados ao Domicílio em Portugal .....	13
1.1 Definições e situação actual.....	15
2. A Qualidade de Serviço .....	20
2.1 Modelos de avaliação da Qualidade nos serviços: Escola Nórdica e a Escola Norte-Americana .....	22
2.2 Escala ServQUAL.....	28
2.2.1 Críticas à Escala SerQUAL, o surgimento da Escala ServPERF .....	29
2.3 As atitudes dos clientes face à qualidade do serviço.....	31
3. Metodologia .....	33
3.1 Objectivo Geral.....	33
3.1.1 Objectivos específicos .....	33
3.2 As Unidades de análise.....	33
3.3 Recolha de dados .....	34
3.4 Fases da investigação .....	34
3.5 Tratamento de dados.....	36
3.5.1Análise Factorial .....	36
3.5.2Análise da Regressão Linear .....	37
4. Resultados .....	38
4.1 Caracterização da amostra.....	38

4.2 Análise factorial.....	42
4.3 Regressões Lineares .....	52
5. Conclusão .....	57
5.1. Limitações do estudo .....	58
5.2. Propostas para investigação futura .....	59
Referências bibliográficas .....	60
Anexo 1.....	63
Anexo 2.....	66



## Índice de Figuras

Figura 1 Forças pela Integração de Cuidados.....	18
Figura 2 Modelo da Qualidade Total Percepcionada .....	23
Figura 3 Modelo dos 4Q de Gummesson.....	24
Figura 4 Modelo dos GAP's .....	26

## Índice de Tabelas

Tabela 1 Residência dos Inquiridos .....	38
Tabela 2 Género dos Utentes Inquiridos .....	39
Tabela 3 Faixa etária dos Utentes Inquiridos .....	39
Tabela 4 Agregado Familiar dos Utentes Inquiridos .....	40
Tabela 5 Habilitações Literárias dos Utentes Inquiridos .....	40
Tabela 6 Agregado familiar portador de doença(s) crónica(s).....	41
Tabela 7 Ocupação dos Utentes nos últimos 6 meses.....	41
Tabela 8 Análise Factorial: KMO e teste de Bartlett .....	42
Tabela 9 Análise factorial: Variância explicada .....	43
Tabela 10 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 1.....	44
Tabela 11 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 2.....	44
Tabela 12 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 3.....	45
Tabela 13 Análise factorial: Rotação Varimax do factor 4 .....	45

Tabela 14 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 5.....	46
Tabela 15 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 6.....	46
Tabela 16 Análise factorial: Alfa de Cronbach .....	47
Tabela 17 Análise factorial: KMO e teste de Bartlett.....	48
Tabela 18 Análise factorial: Variância explicada .....	49
Tabela 19 Análise factorial: Rotação Varimax dos Factores 1, 2, 3 e 4.....	50
Tabela 20 - Dimensões do ServQUAL VS Dimensões da amostra .....	51
Tabela 21 Regressões: Factores da Satisfação Global.....	52
Tabela 22 Regressões: Factores da Qualidade Global .....	53
Tabela 23 Regressões: Probabilidade de Recomendação.....	54
Tabela 24 Regressões: Probabilidade de mudar para outro serviço.....	55
Tabela 25 Regressões: Predisposição para pagar mais pelo serviço.....	56

## Introdução

O envelhecimento generalizado da população portuguesa, a diminuição da taxa de natalidade e o agravamento de doenças crónicas são uma realidade inegável no nosso país. Se em outros tempos as esposas e mulheres ficavam em casa a tratar dos enfermos a realidade de hoje é bem diferente, existe uma maior actividade profissional fora de casa na população feminina, estas já não se encontram em casa como domésticas, não existindo assim a figura materna, cuidadora em casa a que estávamos habituados.

É nesta mudança de cenário que surgem novos desafios, com o envelhecimento da população e aumento de doenças crónicas incapacitantes não só as respostas sociais (ex. Lares, Misericórdias, IPSS, SAD) como as médicas (ex. Internamentos Hospitalares) são insuficientes, acrescentando também a inexistência da figura feminina, em casa, a cuidar dos enfermos. As respostas começam a escassear, é fundamental que sejam encontradas soluções eficazes, que traduzam uma melhor acessibilidade aos cuidados, melhor qualidade de serviços e uma sustentabilidade viável dos sistemas existentes.

O objectivo deste trabalho é explorar a forma como a qualidade experienciada pelo cliente de um Serviço de Apoio ao Domicílio prestado pela equipa de enfermagem afecta a sua percepção da qualidade, satisfação global e comportamentos de intenção (a intenção de mudar para outro serviço ao domicílio oferecido por outra organização, a intenção de recomendação do serviço a um amigo ou familiar e ainda a intenção de pagar mais pelo serviço).

Relativamente à metodologia utilizada neste trabalho, foi escolhido o método de entrevista onde foram questionados 110 utentes que receberam no domicílio as equipas de enfermagem dos Centros de Saúde de Aveiro, Vagos e Ílhavo. Foi feita a análise dos dados recolhidos pelo programa de estatística SPSS v18 e posteriormente a sua discussão. As referências bibliográficas foram organizadas através do programa EndNote X4.

Este trabalho foi dividido em 6 capítulos. No capítulo 1 dá uma visão global do Apoio ao Domicílio em Portugal. No capítulo 2 é feita a descrição da definição de Serviço ao Domicílio bem como da actual situação dos Serviços ao Domicílio em Portugal. No capítulo 3 explora-se a definição de

qualidade em serviços e são apresentados os principais modelos conhecidos na literatura. No capítulo 4 é explicitada a Metodologia usada neste trabalho. No capítulo 5 são apresentados os resultados. Por fim no capítulo 6 é feita a conclusão, onde são discutidos os resultados, enunciadas as limitações do estudo e apresentadas propostas para investigação futura.

# 1. Os Cuidados ao Domicílio em Portugal

O progressivo envelhecimento da população, aliado a condições como a alteração na estrutura familiar, a migração para o litoral de Portugal, e emigração, as fracas condições habitacionais, a desadaptação da arquitectura das casas em Portugal às necessidades das pessoas portadoras de deficiências físicas, doenças crónicas incapacitantes ou outro tipo de limitações provocadas por um envelhecimento não saudável, torna cada vez mais difícil a manutenção das pessoas no seu domicílio. Como alternativa surgem respostas dispendiosas como o internamento da pessoa em instituições (Misericórdias, Instituições Particulares de Solidariedade Social – IPSS, Internamento Hospitalar, etc.).

É cada vez mais urgente surgirem respostas perto do cidadão, respostas que ajudem estes a melhorar a qualidade de vida sem terem de abandonar os seus domicílios, reduzindo as despesas não só ao Estado como ao próprio utente. Um estudo elaborado pela organização *National Association for Home Care & Hospice*, mostrou que o Apoio ao Domicílio é responsável pela redução de custos hospitalares, reduzindo o número de dias necessários ao internamento. O mesmo estudo concluiu que utentes potencialmente institucionalizados por incapacidade física ou mental poderiam permanecer em casa com o Apoio ao Domicílio, reduzindo os custos do potencial internamento em Organizações privadas. Realçaram ainda que o Apoio ao Domicílio não só reduz custos como também aumenta valores muito importantes como a dignidade e a independência tanto do indivíduo como para a sua família {NAHCH, 2005}.

O apoio ao domicílio de cariz médico surge em Portugal, em 1971, com os primeiros Centros de Saúde de primeira geração. Os cuidados prestados no domicílio pelos enfermeiros eram feitos nessa altura sem planeamento por objectivos e sem preocupações explícitas de natureza qualitativa. Em 1983, com o surgimento dos Centros de Saúde de segunda geração houve uma franca melhoria da acessibilidade às visitas domiciliárias e função da junção das várias respostas de saúde existentes na altura (Centros de Saúde, Postos de Serviços Médico-Sociais - caixas e hospitais concelhios) {Branco, 2001}. Nos anos 90, surgiram algumas respostas de caris não só médico mas também social, o Apoio Domiciliário Integrado (ADI) criados pelo Despacho Conjunto n.º 407/98, de 18 de Junho e pelos serviços de Apoio Domiciliário (SAD) criados e suportados no âmbito do Programa de Apoio Integrado a Idosos (PAII) ambas implementadas através de acordos

de cooperação celebrados entre os Centros Distritais do Instituto da Segurança Social e as IPSS e pelas equipas dos Centros de Saúde (CS) {MCSP, 2007}. Actualmente com as reformas que têm sido feitas a nível da reestruturação dos cuidados primários em Portugal, surgem mais e novas respostas de apoio ao domicílio ligadas aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) e à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

O Decreto-Lei nº 28/2008 de 22 de Fevereiro criou os ACES, estabelecendo o seu regime de organização e funcionamento, criando unidades funcionais, entre as quais a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, de um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

As UCC visam contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, obtendo ganhos em saúde. A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção, garantindo a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A RNCCI prevê novas tipologias de resposta, nomeadamente em equipas de cuidados continuados integrados de apoio domiciliário (ECCI). Estas equipas serão responsáveis pela prestação de serviços domiciliários, decorrentes da avaliação integral, de cuidados médicos, de enfermagem, de reabilitação e de apoio social. Devem apoiar-se nos recursos locais, no âmbito do Centro de Saúde e do serviço de Segurança Social, conjugados com outros serviços comunitários nomeadamente as autarquias {MCSP, 2007}. Actualmente algumas ECCI de Apoio Domiciliário já estão em funcionamento em algumas regiões de Portugal, porém apesar de estar previsto para a região de Aveiro uma ECCI de Apoio Domiciliário, este serviço ainda não está a funcionar. A interacção de serviços que é feita é apenas a nível de sinalização e encaminhamento de casos para internamento ou ambulatório.

É neste contexto que os Centros de Saúde assumem um papel central na administração de cuidados ao domicílio, assegurado pelas equipas de enfermagem. Os enfermeiros, dos CS, que

fazem domicílios estão em posição privilegiada para executar os cuidados primários. Eles promovem não só o cuidado médico ao enfermo como também formação para a promoção de boas práticas em saúde de forma a prevenir a doença. São também eles que podem diagnosticar situações socio-económicas limite e orientar o utente e sua a família para as instituições competentes (exemplo Segurança Social).

O capítulo que se segue apresenta algumas definições encontradas na literatura sobre apoio ao domicílio e explora as soluções actuais do Serviço de Apoio ao Domicílio em Portugal que estão ao dispor dos utentes.

## 1.1 Definições e situação actual

Tanto em Portugal como em outros países desenvolvidos, o cuidado ao domicílio é uma presença assídua nos cuidados de saúde à população, seguidamente vamos apresentar algumas definições do apoio ao domicílio em diferentes países e realidades socioeconómicas.

Em Portugal é feita uma distinção ente *Serviço de Apoio Domiciliário* e *Serviço Apoio Domiciliário Integrado*. Estes apresentam algumas particularidades e especificações apresentadas de seguida.

O *Serviço de Apoio Domiciliário* é uma resposta social, desenvolvida a partir de um equipamento, que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária.

Tem como objectivos:

- i. contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e famílias; garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psico-social aos indivíduos e famílias, contribuindo para o seu equilíbrio e bem-estar;
- ii. apoiar os indivíduos e famílias na satisfação das necessidades básicas e actividades da vida diária; criar condições que permitam preservar e incentivar as relações inter-familiares; colaborar e/ou assegurar o acesso à prestação de cuidados de saúde;

- iii. contribuir para retardar ou evitar a institucionalização do utente, e por fim prevenir situações de dependência, promovendo a sua autonomia.

Os destinatários deste serviço são indivíduos e famílias, prioritariamente, pessoas idosas, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência {SS, 2010 }.

O *Serviço Apoio Domiciliário Integrado* é uma resposta que se concretiza através de um conjunto de acções e cuidados pluridisciplinares, flexíveis, abrangentes, acessíveis e articulados, de apoio social e de saúde, a prestar no domicílio, durante vinte e quatro horas por dia e sete dias por semana. Resposta de intervenção integrada - Segurança Social / Saúde, a adequar em função da rede de cuidados continuados integrados.

Tem como principais objectivos:

- i. assegurar a prestação de cuidados de saúde e apoio social; contribuir para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e famílias;
- ii. garantir a prestação de cuidados de ordem física e apoio psico-social aos indivíduos e famílias, de modo a contribuir para o seu equilíbrio e bem-estar;
- iii. apoiar os utentes e famílias na satisfação de necessidades básicas e actividades da vida diária; contribuir para retardar ou evitar a institucionalização;
- iv. desenvolver actividades lúdico-terapêuticas-ocupacionais;
- v. assegurar o apoio aos familiares com pessoas em situação de dependência a seu cargo, incluindo a formação na prestação de cuidados.

Os destinatários deste serviço são pessoas em situação de dependência e suas famílias {SS, 2010}.

Nos Estados Unidos da América (EUA) o apoio ao domicílio é definido pelo *National Home and Hospice Care Survey*, como o cuidado providenciado a indivíduos e famílias nas suas residência



com fim de promover, manter ou restaurar saúde; ou minimizar os efeitos da doença ou incapacidade, incluindo cuidados a doentes terminais {DDHHS, 2004}.

Na Austrália os serviços ao domicílio são denominados de *Apoio Pessoal*, estes cuidados, que em situações normais qualquer pessoa seria capaz de os executar, são prestados aquando, por doença, incapacidade ou outra fragilidade, a pessoa é incapaz de o fazer sem a assistência {DH, }. Estes serviços incluem:

- i. assistência ou supervisão no banho ou duche;
- ii. assistência com vestir/despir;
- iii. assistência com o tratamento de barba/cabelo/maquilhagem;
- iv. cuidado das unhas (podologia);
- v. assistência com a mobilidade (transferências);
- vi. assistência com comida (preparação/deglutição);
- vii. assistência na ida ao W.C.;
- viii. assistência com exercício/programa de reabilitação prescrito;
- ix. assistência com o uso de ajudas técnicas (escolha/uso);
- x. assistência com aparelhos auditivos e outros equipamentos de comunicação;
- xi. monitorização da medicação;
- xii. assistência nas Actividades da Vida Diária e nas Actividades (AVD) da Vida Diária Instrumentais (AVDI's).

O Governo Australiano dispõe também de outros serviços no domicílio que denomina por Apoio ao Domicílio e Manutenção. Estes serviços fornecem assistência com o tratamento da casa em geral a pessoas idosas com deficits e pessoas portadores de deficiências. A missão deste serviço é manter um ambiente em casa limpo e seguro e proporcionar alguma independência a pessoas que sem esta ajuda estariam institucionalizadas {DH}. Os objectivos para este serviço são:

- i. providenciar soluções para ajudar as pessoas a lidarem com as suas limitações em casa, tendo sempre em conta os valores e normas culturais de cada individuo;
- ii. assegurar estes serviços de apoio, de forma a estimular e manter as capacidades físicas do individuo e sua independência;
- iii. assegurar tarefas de manutenção na casa de forma a garantir a segurança do individuo;
- iv. dar suporte a pessoas idosas com deficits e a pessoas portadoras de deficiência de forma a que estas sejam capaz de executar tarefas do dia-a-dia, melhorando a auto estima, a sensação de independência e melhorando o ambiente dentro da própria casa.

Começa a ser urgente a integração dos serviços de saúde no domicílio. Um estudo realizado em vários países da União Europeia concluiu que apesar das estratégias de integração dos serviços diferirem, as forças que obrigavam à reforma eram similares em todos eles {Gröne, 2001}. A figura que se segue mostra as forças presentes em todos os países.



**Figura 1 Forças pela Integração de Cuidados**

**Fonte: Adaptado de Gröne and Garcia-Barbero (2001)**

Os autores dividiram os factores impulsionadores de reforma em dois lados: a Procura e a Oferta. No lado da Procura temos mudanças demográficas significativas, mudanças epidemiológicas, aumento das expectativas da população e dos direitos dos utentes a forçarem uma reforma no Sistema de Saúde. No lado da Oferta temos o desenvolvimento da tecnologia médica e sistemas informáticos e restrições vindas das pressões económicas que obrigam à integração dos serviços {Gröne, 2001}. Actualmente vários países encontram-se em reforma e reestruturação dos serviços de saúde, a reestruturação criada pelos ACES e a criação da RNCCI foi a resposta de Portugal face à conjuntura nacional.

No capítulo que se segue vai ser abordada a definição de *qualidade de um serviço* bem como os principais modelos desenvolvidas na literatura.

## 2. A Qualidade de Serviço

Durante os anos 1980 houve o primeiro grande esforço da área académica e da gestão em reunir conceitos de forma a definir a qualidade de um serviço do ponto de vista do consumidor. Foi também nesta época que se começou a desenvolver as primeiras estratégias para conhecer as expectativas dos consumidores. Desde então que várias organizações começaram a tomar medidas e estratégias de gestão para melhorar os seus serviços. A grande prioridade na altura passou a ser o entendimento do impacto da qualidade de um serviço no lucro da empresa e outros *outcomes* financeiros {Parasuraman, 1996}.

*Fará sentido falar de lucro quando se trata de saúde?* Koska achou uma forte relação entre a qualidade percebida pelo utente e o lucro nas receitas, em vários hospitais {Parasuraman, 1996}. Gravin demonstrou que a contribuição da qualidade num serviço é responsável pela redução de custos de produção e melhoria de qualidade {Garvin, 1983}, lembrando os cortes orçamentais que o nosso país tem sofrido na área da saúde talvez faça sentido estarmos alertas sobre medidas em gestão que possam reduzir o custo da saúde, mantendo a qualidade requerida pelos utentes.

*O que é então a qualidade de serviço?* Alguns autores com Bolton, Drew, Parasuraman, Zeithaml e Berry avançam com uma definição, descrevendo a qualidade de serviço como uma forma de comportamento/atitude relacionada, mas não equivalente à satisfação, resultante da comparação das expectativas com a performance experienciada num dado serviço. Esta definição não é livre de críticas e de alguma divergência, Bitner, Bolton, Drew, Parasuraman, Zeithaml e Berry acreditavam que a qualidade de um serviço e a satisfação eram distantes no seus constructos e impossível separar a qualidade do momento de manufacturação do momento de entrega intacta do serviço em si ao seu cliente, muitas vezes a qualidade ocorre durante a interacção do cliente com a organização, assim defendem Lehtinen e Lehtinen {Parasuraman, 1985}. Uma vez mais faço o paralelismo e relembro a natureza do serviço ao domicílio onde a percepção de qualidade do serviço ocorre muitas vezes durante a interacção intensiva entre prestador (profissional de saúde) e cliente (utente do CS).

Outro autor que estuda o factor humano na prestação de um serviço é Grönroos. Este afirma existir uma forte relação positiva directa entre a satisfação criada pela relação humana prestada

num dado serviço, a intenção de compra e a disponibilidade de troca para outro serviço. O mesmo afirma que esta interacção é uma característica presente em toda a prestação de serviços, não devendo ser descuidada {Grönroos, 2007}.

A medição da qualidade em serviços é mais complexa que a medição de qualidade em produtos, a dificuldade está em associar a qualidade aos aspectos inatingíveis dos serviços e compará-la às características tangíveis dos produtos físicos {Garvin, 1983}, o capítulo que se segue apresenta alguns modelos existentes na literatura de avaliação da Qualidade de Serviços. A explicação que davam para esta diferença estava em que a qualidade percebida de um serviço era uma forma de atitude, uma comparação longitudinal ao passo que a satisfação seria a transição específica de uma medida {Cronin, 1992}. Começa a ficar claro que para falar em qualidade de um serviço se tem de abordar, obrigatoriamente, a satisfação do cliente. Inicialmente, Parasuraman, Zeithaml e Berry propuseram que altos níveis de qualidade percebida de um serviço resultariam em aumento da satisfação do cliente, porém estudos posteriores feitos por Oliver, Bitner, Bolton e Drew mostraram que a satisfação é um antecedente da qualidade de serviço {Cronin, 1992}.

Existem ainda características aliadas à prestação de um serviço que dificultam a medição de qualidade face a um serviço. São elas a *intangibilidade*, a *heterogeneidade* e a *impossibilidade de dissociação entre produção e consumo*.

A *intangibilidade* é provocada pela ausência de produto um final palpável e medível onde é possível, por exemplo, quantificar o número de produtos com erro. A grande parte dos serviços prestados não é possível medir, testar ou verificar antes do serviço ser prestado ao cliente.

A *heterogeneidade*, segundo Booms e Bitner é provocada pela variação introduzida pelo próprio prestador de serviços, a forma como é prestado pode variar de organização para organização, pode variar de cliente para cliente e de dia para dia {Parasuraman, 1985}, especialmente em saúde em que o cuidado prestado é individualizado e cuja intensidade de cuidado varia de acordo com a própria evolução da patologia de cada utente.

A *impossibilidade de dissociação entre produção e consumo* na prestação de um serviço é impossível separar a qualidade do momento de manufatura do acto da entrega intacta do serviço em si ao seu cliente. Muitas vezes a qualidade ocorre durante a interacção do cliente com a

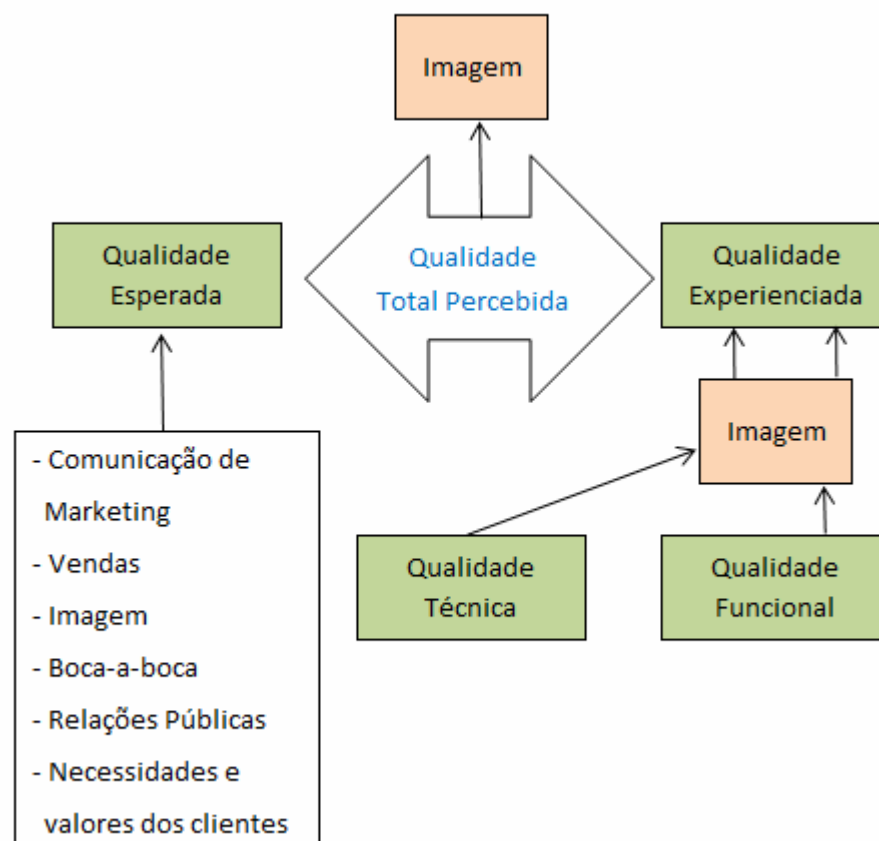
organização, assim defendem Lehtinen e Lehtinen {Parasuraman, 1985}. Uma vez mais faço o paralelismo e relembro a natureza do serviço ao domicílio onde a percepção de qualidade do serviço ocorre muitas vezes durante a interação intensiva entre prestador (profissional de saúde) e cliente (utente do CS).

## **2.1 Modelos de avaliação da Qualidade nos serviços: Escola Nórdica e a Escola Norte-Americana**

Duas escolas apresentam-se com o papel preponderante na definição e conceptualização de qualidade nos serviços: A escola Nórdica e a escola Norte-Americana.

### **Escola nórdica**

Inicialmente Grönroos apresenta o modelo da Qualidade Total Percepcionada que consiste na simples diferença entre a qualidade esperada e a qualidade experimentada pelo cliente. Esta Qualidade Total Percepcionada é obtida quando a qualidade experienciada vai ao encontro ou supera as expectativas do cliente. Grönroos alerta ainda que a *qualidade percebida* pelo cliente é fruto de duas dimensões, a *Técnica* e a *Funcional*. O autor acrescenta ainda que a qualidade percebida é também dependente das próprias expectativas do cliente, este modelo pode ser visualizado na figura que se segue,



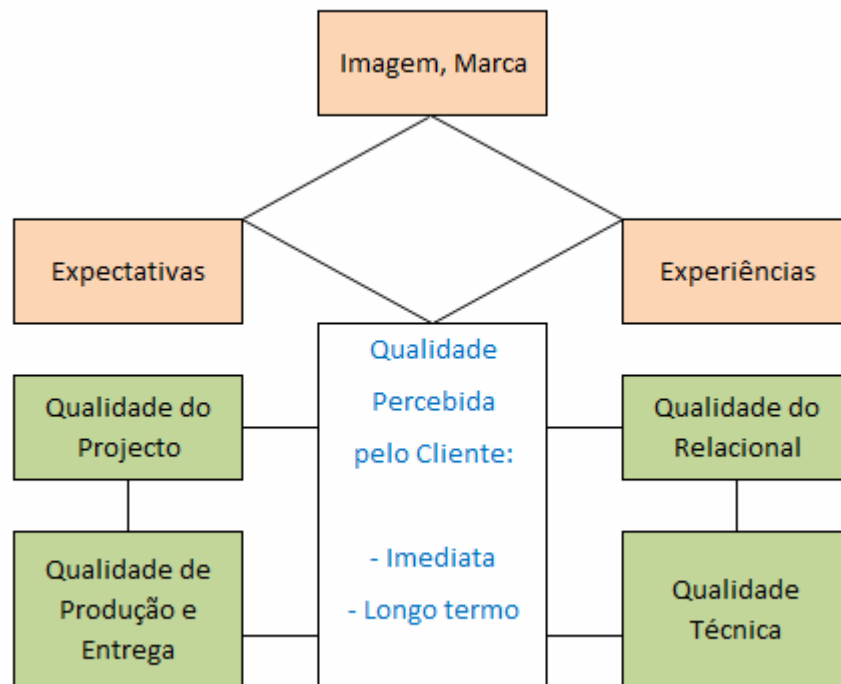
**Figura 2 Modelo da Qualidade Total Percepçionada**

**Fonte: Adaptado de Gronroos (2007)**

A Qualidade Esperada é um reflexo de factores como comunicação de Marketing, vendas, imagem da Organização, publicidade boca-a-boca, relações públicas, necessidades e valores do cliente. A Qualidade Experienciada é um reflexo da imagem da Organização, da Qualidade Técnica e da Qualidade Funcional. A primeira, diz respeito à qualidade associada ao serviço que o cliente recebe. A segunda dimensão é resultado da forma como o cliente recebe o serviço em si.

Posteriormente Gummesson explica a qualidade experienciada, centrando-se em quatro momentos de qualidade: a qualidade de projecto; a qualidade na produção; a qualidade na entrega, e por fim a qualidade nas relações cliente e prestador de serviço. Cada um destes momentos é considerado pelo autor como uma fonte diferente da qualidade da Organização

{Gummesson, 1987}, este modelo ficou conhecido pelo Modelo dos 4Q de Gummesson. Em 2000 o modelo foi revisto pelo autor modificando ligeiramente os 4Q's, ficando assim os seguintes momentos de qualidade: a *qualidade de projecto*; a *qualidade na produção e na entrega*; *qualidade técnica* e por fim a *qualidade nas relações cliente e prestador de serviço* {Grönroos, 2007} e pode ser visualizado na figura que se segue,



**Figura 3 Modelo dos 4Q de Gummesson**

**Fonte: Adaptado de Gummesson (1993)**

A *Imagem* refere-se à imagem mental que o cliente forma em relação à Organização mediante de factores semelhantes aos mencionados no modelo anterior de Grönroos. A *Imagem* agrega o valor da percepção do cliente que exerce influência na visão que o cliente forma da Organização. Já a *marca*, segundo o autor, envolve a visão de um bem ou serviço que é desenvolvida na imagem mental que o cliente forma.



A *Qualidade de Projecto* refere-se ao processo e à combinação dos elementos que compõem o pacote de serviço prestado, a *Qualidade de Produção* refere-se à eficiência com que os serviços são produzidos ao cliente comparativamente ao projecto, a *Qualidade de Entrega* refere-se à eficiência com que os serviços são entregues ao cliente comparativamente com o projecto, a *Qualidade Técnica* está relacionada com os benefícios a curto e longo prazo presentes no pacote de serviços e por fim a *Qualidade Relacional* refere-se à percepção do cliente face à qualidade dos processos e está directamente ligada às interações entre os prestadores de serviços e os clientes onde resultam interações como atenção e simpatia.

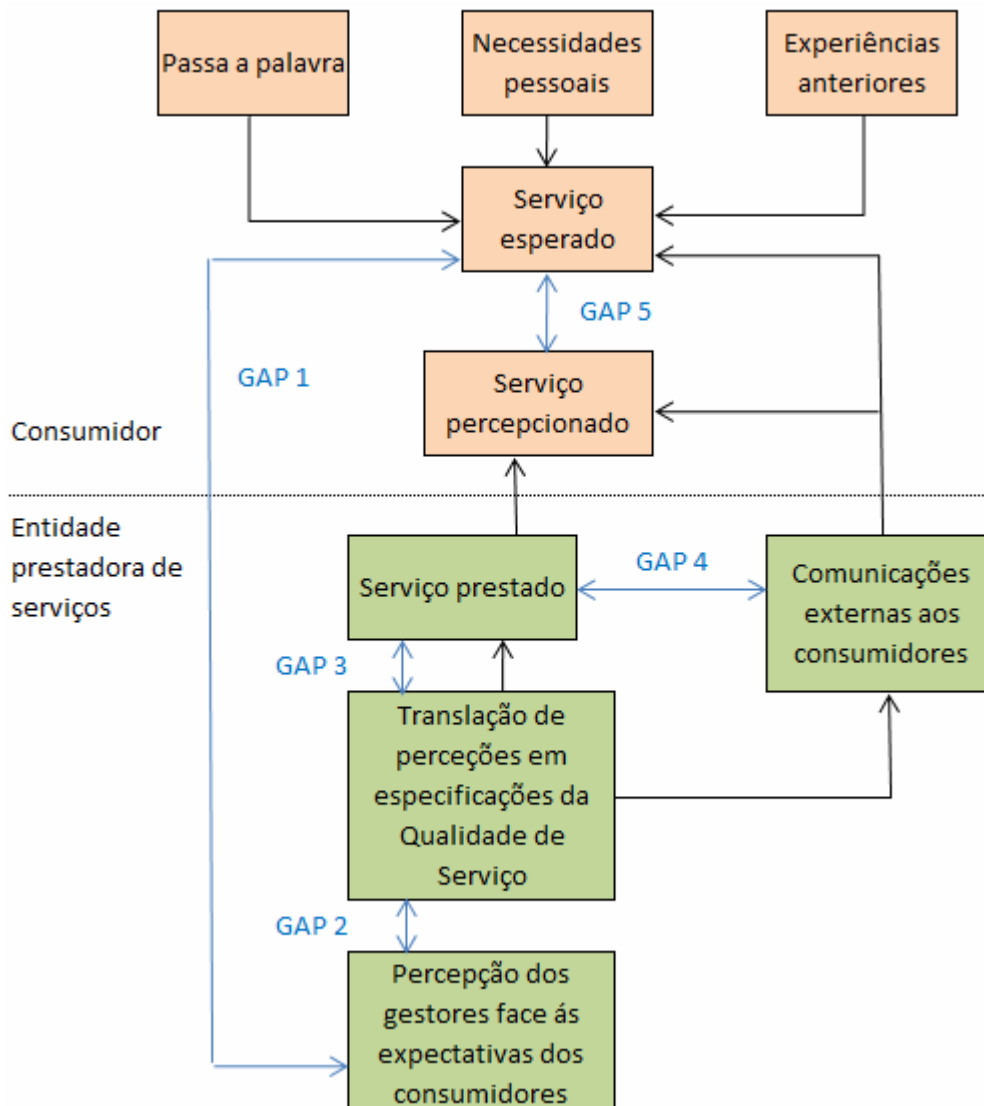
Estes quatro tipos de qualidade resultam na qualidade percebida do cliente ou na sua satisfação, e influenciam a imagem, expectativas, e experiências dos clientes. Ou seja, quanto melhor for o desempenho nos 4Qs, maior será a qualidade percebida e por consequência, maior satisfação o cliente, para com a organização, vai gerar {Gummesson, 1987}.

Estes dois autores reuniram os seus modelos levando à criação do Modelo de Grönroos-Gummesson da Qualidade. Este novo modelo agrega os 4Q's (provenientes do modelo de Gummesson) às qualidades *técnicas* e *funcionais* (provenientes do modelo de Grönroos) como agentes de influência da imagem da Organização, expectativas e experiências. Estas por sua vez, influenciam a qualidade percebida pelo cliente que por conseguinte gerará satisfação no cliente.

### **Escola Norte-americana**

Em 1985, explicaram a qualidade percebida através do modelo dos Gap's, modelo que surge no artigo do Modelo Conceptual da Qualidade Em Serviços.

Segundo os autores, a qualidade percebida pelo consumidor é o resultado da diferença existente entre o *serviço esperado* e o *serviço percebido*. A percepção final do consumidor em relação à qualidade total de um serviço depende das diferenças entre as expectativas e percepções do actual desempenho da organização. Estas diferenças derivam de cinco GAP'S demonstrados na figura que se segue,



**Figura 4 Modelo dos GAP's**

**Fonte Adaptado de Parasuraman, Zeithaml et al. (1985)**

Resumindo o significado do modelo, o **GAP 1** verifica-se entre as reais expectativas do cliente quanto à qualidade de um serviço e à percepção dos gestores face a essas expectativas. O **GAP 2** refere-se à discrepância entre a percepção dos gestores face às experiências dos clientes e a translação de percepções em especificações de serviços. O **GAP 3** corresponde à discrepância entre as especificações dos serviços e a prática da prestação dos serviços. O **GAP 4** corresponde a discrepância entre a prestação dos serviços e as comunicações externas aos consumidores, seja pela má orientação acerca dos serviços, seja pela formação de expectativas exageradas,

resultando em promessas não cumpridas; seja ainda pela falta de advertência quanto aos cuidados a serem tomados pelos clientes. O **GAP 5** corresponde à discrepância entre a expectativa dos clientes e as suas percepções dos serviços, ou seja **GAP 5 = GAP 1 + GAP 2 + GAP 3 + GAP 4**.

Para os autores deste modelo as razões principais que estão na origem dos gap's anteriormente descritos são, para cada gap os seguintes:

**GAP1**, está relacionado com a inexistência de uma cultura orientada para a investigação em marketing, uma inadequada comunicação vertical ascendente na empresa e a criação e existência excessiva de níveis hierárquicos de comando.

**GAP2**, está relacionado com a falta ou deficiência de compromisso da direcção para com a qualidade dos serviços oferecidos, a percepção do deficiente cumprimento das expectativas dos clientes, erros no estabelecimento das normas ou manuais de boas práticas e ainda a ausência de objectivos claros.

**GAP3**, está relacionado com a ambiguidade de funções, conflitos entre funções, desajuste entre colaboradores e suas funções, desajuste entre tecnologias e funções, sistemas inadequados de supervisão e controlo e ausência total de espírito de trabalho em equipa.

**GAP4**, está relacionado com as deficiências na comunicação horizontal entre diferentes departamentos da organização e com o erro de prometer aos seus clientes o que não consegue cumprir.

**GAP5**, está relacionado com o desajuste entre o serviço recebido e as expectativas prévias que o cliente tinha do serviço.

Em 1988 os mesmos autores sugerem uma forma de avaliar os desvios (GAPS) e desenvolvem uma ferramenta, o ServQual que será explorada no capítulo que se segue.

## 2.2 Escala ServQUAL

A Escala ServQUAL foi desenvolvida por Parasuraman, Zeithaml e Berry para avaliar a qualidade percebida pelos clientes através da medição do GAP 5 do modelo dos GAP's explicado anteriormente.

Esta escala é composta por múltiplos itens (22 questões) que constituem cinco dimensões da qualidade: Elementos Tangíveis, Fiabilidade, Capacidade de Resposta, Segurança e Empatia.

Os *elementos tangíveis* correspondem à aparência dos profissionais prestadores do serviço, aos equipamentos usados e às instalações; a *fiabilidade* corresponde à capacidade que a organização tem em fornecer o serviço acordado; a *capacidade de resposta* corresponde à vontade e rapidez com que a organização prestadora de serviços ajuda e serve o cliente; a *segurança* corresponde à amabilidade, competência e capacidade do prestador de serviços inspirar confiança e segurança nos clientes, por fim a *empatia* corresponde à capacidade de personalização do serviço prestado ao cliente.

Para a medição ser levada a cabo, o modelo ServQUAL propõe um questionário com recolha das explicativas prévias antes da prestação do serviço e outro com recolha da percepção após a prestação do serviço. No final do questionário é gerado uma pontuação pela diferença entre as percepções e expectativas registadas (correspondente ao GAP5). Se o resultado for negativo mostra que as percepções estão abaixo das expectativas, mostrando as falhas do serviço prestado que geraram um resultado insatisfatório para o cliente, se o resultado for positivo mostra que o prestador de serviços está a fornecer ao cliente um serviço superior ao esperado, resultando de satisfação para o cliente. Para avaliação dos itens desta escala é utilizada uma escala de tipo Likert de 7 pontos onde os extremos são Discordo Totalmente e Concordo totalmente.

Segundo os autores esta escala pode ainda ter as seguintes aplicações:

- i. Ajuda a entender qual das cinco dimensões da escala são mais significativas para a construção da percepção da qualidade por parte dos clientes;

- ii. Utilização da escala para classificar os clientes face aos vários segmentos da qualidade percebida exemplo: características demográficas; a importância relativa das cinco dimensões de acordo com a sua incidência na percepção de qualidade do serviço; as razões dessas percepções; o seu uso em organizações com múltiplos pontos de fornecimento de serviço com o objectivo de destacar qual o nível de serviço proporcionado por cada ponto de prestação de serviço; análise de organizações competidoras com base nos resultados obtidos pela percepção da qualidade de serviço; monitorização dos resultados das expectativas e percepções dos clientes ao longo do tempo; aumento do conhecimento interno da organização, conhecendo a percepção de qualidade por parte dos colaboradores.

O capítulo que se segue explora as críticas feitas à escala ServQUAL e descreve o surgimento de uma nova escala, o ServPERF.

### **2.2.1 Críticas à Escala SerQUAL, o surgimento da Escala ServPERF**

A escala ServQual está baseada no paradigma da desconfirmação (percepções dos clientes menos expectativas), dois autores surgem em 1992 a discutir a necessidade desta *dupla medida*. Segundo Cronin e Taylor não há necessidade de medir as expectativas dos clientes uma vez que a qualidade de um serviço pode ser conceptualizada como uma atitude. Estes autores ao afirmarem a conceptualização da qualidade de serviço como uma atitude consideram também que a sua operacionalidade face ao paradigma da desconfirmação usado pelo ServQUAL é inadequado pondo de parte a necessidade de medição das expectativas. Outro autor acrescenta ainda que o paradigma da desconfirmação é adequado para a medição da satisfação mas não da medição da qualidade de um serviço, já que esta é conceptualizada como atitude e deve ser operacionalizada como tal {Oliver, 1993}.

Outro problema apontado por Oliver à escala ServQual é a não universalidade das cinco dimensões do ServQUAL que os seus autores defendiam, os resultados da aplicação da escala nem sempre confirmaram esta universalidade, logo o número de dimensões que inicialmente

foram apontadas como cinco podem ter de ser adaptadas à especificidade de um serviço {Oliver, 1993}.

Ao analisar a escala ServQUAL, Teas (1994) apontou alguns problemas que esta poderia ter, nomeadamente o facto de usar pontuações por diferenças ao invés de comparações directas sugeridas por este autor e a ambiguidade na definição de expectativas de um serviço em que inicialmente eram descritas por Parasuraman, Zeithaml e Berry como *desejos, vontades, o que um serviço adequado deveria fornecer* {Teas, 1994}, mais recentemente definida pelos mesmos como um par de normativas envolvendo o nível do serviço que o cliente espera receber {Parasuraman, 1996}. O conceito de expectativas não está conceptualmente claro na concepção da escala ServQUAL{Teas, 1994}.

Outra crítica avançada ao modelo dos GAP's que originou o ServQUAL era a falta de evidência, da avaliação da qualidade de um serviço por parte dos clientes, com base na diferença entre as expectativas e o serviço experienciado {Cronin, 1992}.

É com base nesta falta de evidência que em 1992 estes autores sugerem uma nova escala, o ServPERF como alternativa ao ServQUAL.

### **Escala ServPERF**

Esta escala surge numa tentativa de ultrapassar as limitações apontadas por alguns autores à escala ServQUAL. Cronin e Taylor propuseram-se em testar a forma como a qualidade de serviço se relacionava com a satisfação do consumidor e as suas intenções de compra. Em 1992 apresentaram as suas conclusões, afirmaram que a medição da qualidade de um serviço deve ser feita apenas com base nas percepções sem considerar as expectativas prévias do cliente uma vez que a qualidade de serviço é conceptualizada por estes autores como uma atitude do consumidor, logo esta atitude vai resultar das percepções do cliente no momento do consumo {Cronin, 1992}.

Outros problemas apontados à escala ServQUAL têm a ver com a medição das expectativas, se estas forem medidas após a experiência do serviço ou ao mesmo tempo que a experiência ocorrer, o que está a ser avaliado não são exactamente as expectativas mas algo baseado no que

se experienciou. Outra situação também ligada com a medição das expectativas está ligada à fiabilidade das expectativas em si, o facto de interrogar as expectativas à priori não garante que essas expectativas sejam as expectativas que o cliente vai comparar durante a prestação do serviço. As experiências que os clientes têm durante a prestação de um serviço podem inclusivamente modificar as suas expectativas e as expectativas alteradas são aqueles que o instrumento deveria estar a avaliar para determinar a real qualidade percebida pelo cliente {Grönroos, 2007}. Gronroos (2007) alerta ainda para o facto das experiências serem as expectativas da realidade e inerentemente estas percepções serão expectativas à priori, ou seja ao medir as expectativas e as experiências é como avaliar as expectativas duas vezes.

Neste novo modelo a qualidade percebida é considerada como dependente da percepção que o cliente forma sobre o desempenho do serviço prestado nas cinco dimensões da qualidade.

A escala ServPERF é então desenvolvida por estes dois autores, baseada na escala ServQUAL de Parasuraman, Zeithaml e Berry. É uma escala mais precisa que se compromete a avaliar a qualidade de um serviço. Os autores do ServPERF retiraram as 22 questões, presentes no ServQUAL, relativas às percepções, as ponderações relacionadas com a importância atribuída a cada dimensão foram adaptadas e foram criados três itens vinculados com as percepções e expectativas incluídas na escala original. A qualidade de serviço, a satisfação e a intenção futura e compra estão agora presentes em três itens com resposta numa escala de tipo Likert de 7 pontos.

O capítulo que se segue explora as atitudes do cliente face à qualidade de um serviço.

## **2.3 As atitudes dos clientes face à qualidade do serviço**

Antes de embarcarmos nas atitudes dos clientes face à qualidade de um serviço convém desmistificar a relação entre a qualidade de serviço e a satisfação do cliente.

A questão da diferença entre qualidade e satisfação do cliente tem sido largamente debatida na literatura tal como, se é a qualidade que é percebida em primeiro lugar dando lugar à satisfação ou se é a satisfação para com um serviço que leva à percepção da qualidade do mesmo {Grönroos, 2007}.

Ao longo deste trabalho foram abordados alguns modelos da Qualidade Percebida de Serviços que associaram a satisfação. Para este trabalho vamos assumir que o cliente consome o serviço, e primeiramente percebe a qualidade (ou ausência dela), e só depois, se sente satisfeito ou não com a qualidade do serviço prestado {Grönroos, 2007}.

Quando um cliente está satisfeito com uma organização, existe uma tendência para este permanecer nela face a outras que ofereçam o mesmo serviço e ainda de se mostra disposto a pagar mais, se necessário. Um estudo dirigido por Woodside, Frey e Daly mostrou que existe uma forte relação entre a satisfação de um utente e a intenção dele voltar a escolher o mesmo Hospital de futuro {Parasuraman, 1996}. Em saúde não estamos habituados a falar em prospecção de clientes, porém ter utentes fiéis e satisfeitos num determinado serviço ou equipamento de saúde traz vantagens para o próprio serviço. Reichheld e Sasser afirmam que clientes que permanecem numa organização durante alguns anos são mais favoráveis a falar do serviço a outras pessoas que clientes que estejam há pouco tempo a usufruir de um serviço {Parasuraman, 1996}

Em resumo, existem estudos que comprovam uma relação positiva entre a satisfação do cliente e as suas intenções de compra para com um serviço ou organização {Parasuraman, 1996}. Richins e Scagliome afirmam que quando os clientes não estão satisfeitos, estes tendem a sair da organização/serviço e a desaconselhar o serviço ou organização {Parasuraman, 1996}.

Após termos apresentado os fundamentos teóricos que suportaram este trabalho nos capítulos anteriores, apresentamos de seguida os capítulos da *Metodologia*, *Resultados* e *Conclusões*.



### **3. Metodologia**

Neste capítulo serão abordados os aspectos metodológicos utilizados na concepção dos objectivos propostos para esta investigação. Incluem-se as unidades de análise, a recolha de dados, o tratamento de dados e as fases de investigação.

#### **3.1 Objectivo Geral**

Procurar estabelecer a relação a qualidade percebida pelo cliente com a lealdade, predisposição em pagar mais pelo serviço e ainda a disposição em recomendar o serviço.

##### **3.1.1 Objectivos específicos**

Desenvolver um questionário de avaliação da satisfação, qualidade e intenção de comportamento para com o Serviço de Apoio ao Domicílio a nível dos CS de Aveiro, Ílhavo e Vagos.

Explorar se existem diferenças significativas entre os factores da qualidade e a satisfação global, qualidade global e intenções de comportamento.

#### **3.2 As Unidades de análise**

Porquê Centro de Saúde de Aveiro, Vagos e Ílhavo?

Quando se iniciou esta investigação estava anunciada a reorganização dos centros de saúde. Essa reorganização iria facilitar a gestão de um conjunto de equipamentos (Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES), aumentando a qualidade dos serviços prestados e contribuindo para a maximização e racionalização dos recursos existentes. O objectivo final anunciado era garantir as condições necessárias para que fossem prestados melhores cuidados aos utentes.

Antes desta reorganização nos CS, a coordenação a nível local era assegurada pelas Equipas de Coordenadoras Locais (ECL) que, para além de várias competências, tinham como tarefa inerente a elaboração do processo de admissão ou readmissão dos doentes nas Unidades ou Equipas da

Rede. Estas equipas eram formadas, no mínimo, por um médico e enfermeiro do CS e um técnico de Serviço Social, que pertence ao Ministério da Trabalho e Segurança Social.

Na Região Centro, a nível do distrito de Aveiro a ECL estava presente no Centro de Saúde de Ílhavo, coordenando os C.S. de Aveiro, Vagos e Ílhavo. Existia também uma ECL no Centro Saúde de Ovar, coordenando os C.S. de Albergaria-a-Velha, Estarreja, Murtosa, Sever do Vouga e Ovar. Por fim, uma ECL no Centro Saúde de Águeda que coordenava os C.S. de Águeda, Anadia, Mealhada e Oliveira do Bairro {ARSC, 2008}. Neste trabalho focamo-nos apenas na ECL da região centro, justificando a nossa escolha pelos CS de Aveiro, Vagos e Ílhavo. Actualmente, após a implementação dos ACES houve um reagrupamento ente os CS de Aveiro, Vagos e Ílhavo com Albergaria-a-Velha.

### **3.3 Recolha de dados**

Para poder avaliar a opinião dos utentes que experienciaram os serviços ao domicílio das Equipas de Enfermagem a nível da região de Aveiro (composta pelos CS de Ílhavo, Vagos e Aveiro), foi inicialmente realizado um questionário, com perguntas fechadas a todos os utentes, dos três centros de saúde, que experienciaram o serviço ao domicílio num dado período de tempo (entre 01.01.09 a 01.07.10).

### **3.4 Fases da investigação**

Para tornar possível a realização das entrevistas no domicílio dos utentes foi necessário enviar um pedido formal à Equipa de Coordenação Regional do Centro, seguidamente de um pedido à Administração Regional de Saúde do Centro - Sub - Região de Saúde de Aveiro.

Posteriormente foi pedido, junto de cada CS a lista dos utentes que receberam apoio domiciliário entre 01.01.09 a 01.07.10. De seguida era feito o contacto telefónico para combinar a disponibilidade com o utente. O questionário adaptado (Anexo 1) foi passado no domicílio de cada utente, após a assinatura do consentimento informado (Anexo 2). A pesquisa foi desenvolvida seguindo as seguintes fases:

**Fase 1** - nesta fase foi realizado um levantamento bibliográfico sobre a literatura de qualidade serviços, satisfação e lealdade através da leitura de livros, artigos, revistas e motores de busca de referências bibliográficas na Internet. Esta pesquisa teve como objectivo estabelecer uma base teórica sobre a qualidade de serviços de forma a adaptar os instrumentos de medição ServQUAL e ServPERF e explorar quais as dimensões e itens determinantes da qualidade do serviço de apoio ao domicílio prestado nos CS de Aveiro, Vagos e Ílhavo.

**Fase 2** - nesta fase foram utilizadas as duas escalas de medição da qualidade de serviços como modelo para medir e avaliar a qualidade do serviço de apoio ao domicílio prestado. O uso destas escalas foi importante para a transformação das percepções e importância atribuída em dados quantitativos, através da escala de Likert onde os utentes expressavam o grau de concordância com cada uma das declarações feitas sobre o serviço ou Organização (CS). Cada item da escala possui sete categorias que vão de 7 (concordo totalmente) a 1 (discordo totalmente), de 7 (muito grande) a 1 (muito pequena), de 7 (muito satisfeito) a 1 (muito insatisfeito), e por fim de 7 (muito bons) a 1 (muito maus).

**Fase 3** - nesta fase foram aplicados 110 questionários a todos os utentes dos CS de Aveiro, Vagos e Ílhavo que experienciaram o serviço de apoio ao domicílio entre as datas de 01.01.09 a 01.07.10.

**Fase 4** - nesta fase os dados foram submetidos a análise para verificar a existência de *missing values* uma vez que antes da aplicação de técnicas multivariadas, o pesquisador deve analisar os dados {HAIR, 2009}. Nessa análise não se verificaram *missing values*.

**Fase 5** – nesta fase foi realizada a *análise factorial* com o objectivo de determinar se os 22 itens que constituem a escala modificada agrupavam nos mesmos factores conforme definido pelos autores Parasuraman, Zeithaml e Berry {Parasuraman, 1991}. A verificação do agrupamento dos factores é referida posteriormente no capítulo 5.

**Fase 6** – nesta fase procedeu-se à rotação dos factores obtidos pela *rotação obliqua Varimax* com o objectivo de forçar a associação dos 22 itens em factores. A verificação do agrupamento dos factores é referida posteriormente no capítulo 5

**Fase 7** – Após a análise do agrupamento dos itens da escala modificada em factores, concluímos que não correspondiam aos factores definidos pelos autores dos modelos ServQUAL e ServPERF procedeu-se então à análise da fiabilidade de cada item através do *alfa de Cronbach* da escala adaptada. A verificação da fiabilidade é referida posteriormente no capítulo 5.

Em resumo, foi criada a escala modificada com base nas escalas ServQUAL e ServPERF e devidamente adaptada ao objecto de estudo em causa. Foi efectuada a transposição dos 22 itens para avaliar a performance e importância do ServQUAL e também foram considerados itens relacionados com a qualidade geral do serviço prestado, satisfação geral do serviço prestado, e a fidelidade para com esse serviço, a intenção de sugestão do serviço ou ainda a intenção de pagar mais pelo serviço.

## 3.5 Tratamento de dados

Com o objectivo de interpretar os resultados quantitativos da pesquisa serão abordados dois métodos de análise estatística, a análise factorial e a regressão linear múltipla.

### 3.5.1 Análise Factorial

A análise factorial constitui uma forma de analisar a estrutura das inter-relações (correlações) entre um grande número de variáveis, definindo conjuntos de variáveis que são fortemente inter-relacionadas, conhecidos como *factores*. Por sua vez, estes *factores* são considerados como representantes de *dimensões* dentro dos dados {HAIR, 2009}. Em princípio se duas variáveis estão correlacionadas, essa associação resulta da partilha de uma característica comum não directamente observável, a análise factorial usa as correlações observadas entre variáveis originais para estimar o(s) factor(es) comum(ns) e as relações estruturais que ligam os factores às variáveis {Marôco, 2010}.

**Fase 1** - durante a *análise factorial* deve ser feita a sinalização dos objectivos da análise, especificação das variáveis e determinação do tamanho adequado da amostra. Alguns autores defendem que o tamanho mínimo da amostra deve ser superior a 60 observações {Hill, 2000}, outros que não deve ser inferior a 100 observações {HAIR, 2009}

**Fase 2** - deve ser construída a *matriz de correlação* entre factores. Para que a análise factorial seja considerada apropriada existem alguns testes que avaliam a correlação interna de cada factor. Um deles é o *teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* {HAIR, 2009}. O teste de KMO é um teste que compara as magnitudes dos coeficientes de correlação parcial, um *teste LMO* perto de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos enquanto que valores próximo de zero indicam que a análise factorial pode não ser uma boa ideia pois existe uma correlação muito fraca entre as variáveis. Deve ser feita também a análise de significância do teste de Bartlett, quando este é significativo (valores que se aproximam de zero) significa que existe força nas co-relações entre as variáveis {Pestana, 2008}.

**Fase 3** - devem ser analisados os *scores* ou *coeficientes dos factores* de forma a determinar o número de factores. O objectivo desta etapa é extrair um menor número de factores. Nesta fase o critério a ter em conta é proporção de variância explicada por cada componente, que corresponde ao quociente entre cada valor próprio e a variância total {Pestana, 2008}.

**Fase 4** - é feita a rotação dos factores, através da qual a *matriz de factores* é transformada numa matriz mais simples e fácil de interpretar. A rotação é chamada de ortogonal quando os eixos são mantidos em ângulo recto {HAIR, 2009}, a maioria dos métodos de rotação procura que os pesos factoriais de um conjunto reduzido de variáveis sejam o maior possível num factor e menos possível nos outros factores ortogonais {Marôco, 2010}

**Fase 5** - é feita a interpretação dos factores, que poderá ser facilitada pela identificação das variáveis de maiores cargas dentro do mesmo factor.

### 3.5.2 Análise da Regressão Linear

A regressão linear define um conjunto vasto de técnicas estatísticas usadas para modelar relações entre variáveis e prever o valor de uma variável dependente a partir de um conjunto de variáveis independentes {Marôco, 2010}. O objectivo da análise da regressão é usar variáveis independentes cujos valores são conhecidos para prever os valores das variáveis dependentes seleccionadas pelo pesquisador {HAIR, 2009}.

## 4. Resultados

Neste capítulo serão apresentados, analisados e discutidos os resultados relativos ao estudo realizado sobre a qualidade de serviço ao domicílio prestado pelos CS de Aveiro, Vagos e Ílhavo.

Procedeu-se à recolha dos dados entre as datas 01.01.09 a 01.07.10 utilizando o questionário modificado (Anexo 1) de todos os utentes inquiridos por telefone (114) apenas um total de 4 utentes se recusaram a colaborar. Dos 110 utentes inquiridos todos os questionários foram preenchidos na totalidade.

### 4.1 Caracterização da amostra

Residência	Frequência	Percentagem
Aveiro	55	50,0
Ílhavo	37	33,6
Vagos	18	16,4
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 1 Residência dos Utentes Inquiridos**

A tabela 1 apresenta a divisão geográfica dos utentes que responderam ao questionário. O CS de Aveiro apresenta uma maior predominância a nível de utentes, sendo responsável por metade a amostra (50%). Seguindo-se do CS de Ílhavo (33,6%) e por fim o CS de Vagos (16,4).

<b>Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
Feminino	64	58,2
masculino	46	41,8
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2 Género dos Utentes Inquiridos**

A tabela 2 apresenta a distribuição dos utentes inquiridos face ao género, apesar de existirem mais mulheres que homens, a amostra encontra-se equilibrada (58,2% do sexo feminino, 41,8% do sexo masculino)

<b>Faixa etária</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
65 anos ou mais	100	90,9
menos de 65 anos	10	9,1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 3 Faixa etária dos Utentes Inquiridos**

A tabela 3 mostra a distribuição dos utentes inquiridos por faixa etária, grande parte com 65 anos ou mais (90,9%) e uma pequena parte encontra-se abaixo dos 65 anos (9,1%).

Agregado familiar		
	Frequência	Percentagem
1	3	2,7
2	51	46,4
3	30	27,3
4	10	9,1
5	12	10,9
6	2	1,8
7	1	0,9
8	1	0,9
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4 Agregado Familiar dos Utentes Inquiridos**

A tabela 4 apresenta-nos o agregado familiar da amostra, a grande parte dos utentes referiu viver apenas com mais uma pessoa (46,4%), seguido do agregado familiar composto por três pessoas (27,3%). Com menos expressividade estão os agregados familiares de cinco (10,9%) e quatro (9,1%) pessoas.

Habilitações literárias		
	Frequência	Percentagem
não tem grau de ensino	30	27,3
tem até à antiga 4ª classe	66	60,0
tem até à antiga 6ª classe	7	6,4
tem até à escola profissional	6	5,5
tem licenciatura	1	0,9
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

**Tabela 5 Habilitações Literárias dos Utentes Inquiridos**

A tabela 5 mostra o grau de habilitações literárias da amostra. A grande parte tem até à antiga 4 classe (60%), seguido dos indivíduos que nunca frequentaram a escola (27,3%). Com menor expressividade (quase nula) está o grau académico de licenciado (0,9%).



<b>Portadores de doenças crónicas</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
sim	36	32,7
<b>não</b>	74	<b>67,3</b>
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 6 Agregado familiar portador de doença(s) crónica(s)**

A tabela 6 apresenta-nos a existência ou ausência de doenças crónicas no agregado familiar (excepto o utente), mais de metade da amostra refere não ter ninguém do agregado familiar com algum tipo de doença crónica (67,3%).

<b>Ocupação nos últimos 6 meses</b>		
	<b>Frequência</b>	<b>Percentagem</b>
desempregado (a)	1	0,9
reformado (a)	94	85,5
trabalhador (a) por conta de outrem	5	4,5
domestico (a)	6	5,5
baixa	4	3,6
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 7 Ocupação dos Utentes nos últimos 6 meses**

A tabela 7 mostra-nos a ocupação da amostra nos últimos seis meses, a grande parte encontra-se reformada (85,5%) com menor expressividade encontra-se o(a) doméstico(a) (5,5%), trabalhador por conta de outrem (4,5%), situações de baixa/atestado de invalidez (3,6%) e desempregado(a) (0,9%).

## 4.2 Análise factorial

Teste KMO e Bartlett	
	Valor
KMO	0,752
Bartlett significância	0,000

**Tabela 8 Análise Factorial: KMO e teste de Bartlett**

A tabela 8 mostra-nos o resultado do KMO (0,752) da primeira análise factorial realizada. Este resultado é apontado como Médio {Pestana, 2008} sendo um valor aceitável para continuar com a análise factorial. O teste de Bartlett (Sig. 0,000) indica forte correlação entre as variáveis {Pestana, 2008}, podemos prosseguir com a análise factorial.

Variância Explicada		
Questões	Total	Cumulativa
1	6,420	29,184
2	2,532	40,694
3	1,761	48,700
4	1,482	55,435
5	1,253	61,128
6	1,131	66,270
7	0,975	70,702
8	0,904	74,811
9	0,803	78,461
10	0,713	81,702
11	0,642	84,618
12	0,609	87,387
13	0,503	89,675
14	0,454	91,739
15	0,408	93,593
16	0,318	95,039
17	0,264	96,237
18	0,253	97,387
19	0,249	98,519
20	0,206	99,455
21	0,070	99,779
22	0,049	100,000

**Tabela 9 Análise factorial: Variância explicada**

A tabela 9 mostra-nos a Variância explicada, neste teste, os valores próprios maiores que 1, segundo o critério de Kaiser, são factores que se retêm. O factor 1 explica 29,184% da variância. O factor 2 explica 11,510% da variância. O factor 3 explica 8,006% da variância. O factor 4 explica 6,735% da variância. O factor 5 explica 5,693% da variância e por fim o factor 6 explica 5,142% da variância. Todos estes 6 factores juntos explicam 66,270% da variância.

### Rotação Varimax

Questões	Factores					
	1	2	3	4	5	6
6	0,902	0,194	0,015	0,091	0,044	0,062
16	0,876	0,530	-0,070	0,112	0,162	-0,021
15	0,866	0,258	0,088	0,007	-0,175	-0,027
7	0,813	0,284	0,160	0,002	-0,163	0,017
1	0,643	0,112	0,140	0,211	0,240	0,055
14	0,641	0,113	0,364	-0,010	-0,073	-0,259
3	0,635	-0,347	-0,118	0,046	0,192	0,053
8	0,604	0,286	-0,038	0,426	-0,071	0,108

Tabela 10 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 1

A tabela 10 mostra como o factor 1 agregou os itens Q6, Q16, Q15, Q7, Q1, Q14, Q3 e Q8. Os itens que possuem valores de carga de 0,50 a 0,70 são tidos como praticamente significantes, para itens com valores de carga superiores a 0,70 são considerados indicativos de estrutura bem definida {HAIR, 2009}.

### Rotação Varimax

Questões	Factores					
	1	2	3	4	5	6
13	0,232	0,779	-0,017	-0,061	-0,004	0,070
20	0,082	0,665	-0,930	0,226	0,108	0,203
21	0,014	0,635	0,117	0,026	0,041	-0,110
12	0,124	0,619	-0,059	0,233	0,199	0,141
18	0,273	0,600	0,349	-0,007	0,117	-0,207

Tabela 11 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 2

A tabela 11 mostra como o factor 2 agregou os itens Q13, Q20, Q21, Q12 e Q18. Os itens que possuem valores de carga de 0,50 a 0,70 são tidos como praticamente significantes, para itens com valores de carga superiores a 0,70 são considerados indicativos de estrutura bem definida {HAIR, 2009}.

**Rotação Varimax**

Questões	Factores					
	1	2	3	4	5	6
2	-0,010	0,074	0,757	-0,005	-0,028	0,084
17	-0,053	-0,165	0,615	0,310	0,457	-0,192
19	0,307	0,448	0,564	0,007	0,065	0,033

**Tabela 12 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 3**

A tabela 12 mostra como o factor 3 agregou os itens Q2, Q17 e Q19. Os itens que possuem valores de carga de 0,50 a 0,70 são tidos como praticamente significantes, para itens com valores de carga superiores a 0,70 são considerados indicativos de estrutura bem definida {HAIR, 2009}.

**Rotação Varimax**

Questões	Factores					
	1	2	3	4	5	6
10	0,043	0,187	0,182	0,817	-0,187	-0,101
5	0,474	0,075	-0,072	0,666	0,026	-0,131

**Tabela 13 Análise factorial: Rotação Varimax do factor 4**

A tabela 13 mostra como o factor 3 agregou os itens Q10 e Q5. Os itens que possuem valores de carga de 0,50 a 0,70 são tidos como praticamente significantes, para itens com valores de carga superiores a 0,70 são considerados indicativos de estrutura bem definida {HAIR, 2009}.

**Rotação Varimax**

Questões	Factores					
	1	2	3	4	5	6
11	0,029	0,374	0,029	0,036	0,691	0,249
4	0,049	0,078	0,032	-0,189	0,633	-0,107

**Tabela 14 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 5**

A tabela 14 mostra como o factor 4 agregou os itens Q11 e Q4. Os itens que possuem valores de carga de 0,50 a 0,70 são tidos como praticamente significantes {HAIR, 2009}.

**Rotação Varimax**

Questões	Factores					
	1	2	3	4	5	6
22	-0,138	0,169	-0,082	-0,265	0,062	0,789
9	0,336	-0,108	0,426	0,157	-0,121	0,604

**Tabela 15 Análise factorial: Rotação Varimax do Factor 6**

A tabela 15 mostra como o factor 6 agregou os itens Q22 e Q9. Os itens que possuem valores de carga de 0,50 a 0,70 são tidos como praticamente significantes, para itens com valores de carga superiores a 0,70 são considerados indicativos de estrutura bem definida {HAIR, 2009}.

**Alpha de Cronbach após eliminação**

Questões	Valor
10	0,788
5	0,777
1	0,773
2	0,786
3	0,788
4	0,795
6	0,772
7	0,774
8	0,767
9	0,782
14	0,778
15	0,774
16	0,778
11	0,778
12	0,770
13	0,771
17	0,791
18	0,766
19	0,767
20	0,771
21	0,778
22	0,820

**Tabela 16 Análise factorial: Alfa de Cronbach**

A tabela 16 mostra a análise dos Alfas dos 22 itens da escala, caso os itens fossem retirados. A Q22 (Alfa de 0,820) e a Q4 (Alfa de 0,795) são os itens que caso fossem excluídos, iriam provocar um maior aumento nos valores de alfa de Cronbach.

Tendo isto em conta foram excluídos primeiramente essas duas questões, como os factores 5 e 6 eram compostos pela Q11 - Q4 e pela Q22 - Q9, respectivamente, ao eliminar a Q22 e a Q4 deixaríamos o factor 5 e 6 apenas representado por um item. Como um factor é composto por um conjunto de variáveis que se inter-relacionam entre si {HAIR, 2009}, havendo apenas um item é impossível continuar a avaliação estatística, pelo que optámos que excluir o factor 5 e 6. Seguidamente fizemos de novo a análise factorial com os quatro factores.

Teste KMO e Bartlett	
	Valor
KMO	0,791
Bartlett significância	0,000

**Tabela 17 Análise factorial: KMO e teste de Bartlett**

A tabela 17 mostra-nos o segundo resultado do KMO (0,791) da segunda análise factorial realizada após a remoção do factor 5 e 6. Este resultado é apontado como Médio {Pestana, 2008} sendo um valor aceitável para continuar com a análise factorial.

O teste de Bartlett (Sig. 0,000) indica forte correlação entre as variáveis{Pestana, 2008}, podemos prosseguir com a análise factorial.



Variância Explicada		
Questões	Total	Cumulativa
1	6,232	34,623
2	2,291	47,352
3	1,603	56,255
4	1,308	63,524
5	0,896	68,502
6	0,871	73,334
7	0,781	77,685
8	0,709	81,624
9	0,620	85,070
10	0,591	88,352
11	0,468	90,550
12	0,388	93,108
13	0,316	94,863
14	0,297	96,515
15	0,267	97,998
16	0,229	99,273
17	0,080	99,716
18	0,051	100,000

**Tabela 18 Análise factorial: Variância explicada**

A tabela 18 mostra-nos a Variância explicada, neste teste, os valores próprios maiores que 1, segundo o critério de Kaiser, são factores que se retêm. O factor 1 explica 34,623% da variância. O factor 2 explica 12,729% da variância. O factor 3 explica 8,903% da variância e por fim o factor 4 explica 7,268% da variância. Todos estes 6 factores juntos explicam 63,524% da variância.

### Rotação Varimax

Questões	Factores			
	1	2	3	4
6	0,896	0,228	-0,023	0,089
16	0,880	0,071	-0,046	0,101
15	0,856	0,263	0,031	0,066
7	0,802	0,299	0,083	0,051
3	0,649	-0,325	-0,073	0,018
14	0,648	0,077	0,380	0,065
1	0,645	0,128	0,181	0,223
8	0,577	0,306	-0,078	0,472
13	0,218	0,803	-0,060	-0,076
20	0,065	0,668	-0,060	0,240
12	0,103	0,658	-0,075	0,203
21	0,002	0,611	0,198	0,060
18	0,266	0,596	0,381	-0,023
17	-0,036	-0,161	0,755	0,282
2	0,012	0,103	0,409	-0,042
19	0,324	0,483	0,538	-0,076
10	0,022	0,183	0,187	0,807
5	0,453	0,055	-0,027	0,711

**Tabela 19** Análise factorial: Rotação Varimax dos Factores 1, 2, 3 e 4

A tabela 20 mostra como o factor 1 agregou os itens Q6 (0,896), Q16 (0,880), Q15 (0,856), Q7(0,802), Q3(0,649), Q14(0,648), Q1(0,645) e Q8(0,577), como o factor 2 agregou os itens Q13(0,803), Q20(0,668), Q12(0,658), Q21(0,611) e Q18(0,596), como o factor 3 agregou os itens Q17 (0,755), Q2(0,709), e Q19(0,538) e por fim como o factor 4 agregou os itens Q10(0,807) e Q5(0,711).

Os itens que possuem valores de carga de 0,50 a 0,70 são tidos como praticamente significantes, para itens com valores de carga superiores a 0,70 são considerados indicativos de estrutura bem definida {HAIR, 2009}.

Dimensões da Escala ServQUAL				
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
	Questões			
Elementos Tangíveis	1; 3		2	
Fiabilidade	6; 7	8		5
Capacidade de Resposta		12; 13		10
Segurança	14; 15; 16		17	
Empatia	18	20; 21	19	

**Tabela 20 - Dimensões do ServQUAL VS Dimensões da amostra**

A tabela 20 mostra como os itens da escala se agregaram entre si formando os 4 factores. Como se torna notório não se conseguiu agregar os itens de acordo com as dimensões propostas pela escala original ServQUAL.

### 4.3 Regressões Lineares

Factores	Coefficientes não estandardizado B	Coefficientes estandardizado Beta	t (sig)	F (sig)	R <sup>2</sup> Ajustado
(constante)	1,052		1,565 (0,121)	17,999 (0,000)	0,384
Factor 1	0,086	0,529	5,990 (0,000)		
Factor 2	0,023	0,165	1,965 (0,052)		
Factor 3	0,014	0,053	0,659 (0,511)		
Factor 4	0,004	0,0016	0,193 (0,847)		

**Tabela 21 Regressões: Factores da Satisfação Global**

Na tabela 21 podemos observar que a variável *Satisfação Global* é explicada em 38,4% pelos factores da qualidade, em torno da média. Apenas o factor 1, t (5,990; p < 0,01), tem um efeito significativo na *Satisfação Global*.

Factores	Coeficientes não estandardizado	Coeficientes estandardizado	t	F	R <sup>2</sup> Ajustado
	B	Beta	(sig)	(sig)	
(constante)	2,179		3,929 (0,000)	18,683 (0,000)	0,394
Factor 1	0,078	0,582	6,636 (0,000)		
Factor 2	0,002	0,02	0,239 (0,811)		
Factor 3	-0,011	-0,052	-0,662 (0,509)		
Factor 4	0,028	0,129	1,533 (0,128)		

**Tabela 22 Regressões: Factores da Qualidade Global**

Na tabela 22 podemos observar que a variável *Qualidade Global* é explicada em 39,4% pelos factores da qualidade, em torno da média. Apenas o factor 1, t (6,636; p< 0,01), tem um efeito significativo na *Qualidade Global*.

Factores	Coeficientes não estandardizado	Coeficientes estandardizado	t	F	R <sup>2</sup> Ajustado
	B	Beta	(sig)	(sig)	
(constante)	4,082		5,253 (0,000) 2,605	3,096 (0,019)	0,071
Factor 1	0,043	0,583	(0,011)		
Factor 2	-0,013	-0,097	-0,941 (0,349)		
Factor 3	0,026	0,107	1,092 (0,277)		
Factor 4	0,015	0,059	0,571 (0,569)		

**Tabela 23 Regressões: Probabilidade de Recomendação**

Na tabela 23 podemos observar que a variável *Probabilidade de Recomendação* é explicada em 7,1% pelos factores da qualidade, em torno da média. Apenas o factor 1, t (2,605; p<0,05), tem um efeito significativo na *Probabilidade de Recomendação*.

Factores	Coeficientes não estandardizado	Coeficientes estandardizado	t	F	R <sup>2</sup> Ajustado
	B	Beta	(sig)	(sig)	
(constante)	6,414		5,197 (0,000)	4,661 (0,002)	0,118
Factor 1	-0,075	-0,303	-2,868 (0,005)		
Factor 2	-0,018	-0,084	-0,83 (0,408)		
Factor 3	-0,014	-0,037	-0,383 (0,702)		
Factor 4	-0,025	-0,061	-0,601 (0,549)		

**Tabela 24 Regressões: Probabilidade de mudar para outro serviço**

Na tabela 24 podemos observar que a variável *probabilidade de mudar para outro serviço* é explicada em 11,8% pelos factores da qualidade, em torno da média. Apenas o factor 1, t (-2,868; p<0,01) tem um efeito inversamente significativo na *probabilidade de mudar para outro serviço*.

Factores	Coefficientes não estandardizado B	Coefficientes estandardizado Beta	t (sig)	F (sig)	R <sup>2</sup> Ajustado
(constante)	-2,574		-1,072 (0,286) 3,316	4,956 (0,001)	0,127
Factor 1	0,169	0,349	(0,001)		
Factor 2	-0,066	-0,157	-1,569 (0,120)		
Factor 3	-0,042	-0,06	-0,636 (0,526)		
Factor 4	0,127	0,161	1,594 (0,114)		

**Tabela 25 Regressões: Predisposição para pagar mais pelo serviço**

Na tabela 25 podemos observar que a variável *predisposição para pagar mais pelo serviço* é explicada em 12,7% pelos factores da qualidade, em torno da média. Apenas o factor 1,  $t(3,316; p < 0,01)$ , tem um efeito pontual e significativo na *predisposição para pagar mais pelo serviço*.

#### **Considerações:**

Tendo em conta a natureza específica do serviço ao domicílio é imperativo a adaptação da escala ServPERF à realidade do serviço bem como revisão das dimensões da qualidade. Relembro que a escala ServPERF descendeu da escala ServQUAL e já era defendido pelos seus autores a necessidade de adaptação ao constructo do estudo {Parasuraman, 1991}. As quatro dimensões responsáveis pela qualidade de serviço neste estudo apenas reflectiram muito parcialmente os factores identificados pela escala ServQUAL (tabela 21). Isto levanta questões ao nível dos factores que realmente configuram a qualidade de serviço prestado sob avaliação neste trabalho. Talvez a heterogeneidade do serviço ao domicílio bem como os próprios utentes sejam responsáveis pelos resultados observados.



## 5. Conclusão

O objectivo deste estudo era entender a influência da qualidade no serviço de apoio ao domicílio na satisfação global, qualidade global e intenções de comportamento.

Inicialmente, através de uma análise factorial, destacaram-se 4 dimensões (factores) responsáveis pela qualidade do serviço de apoio ao domicílio, à medida que fomos explorando a análise factorial deparamo-nos com um problema: não era possível identificar as dimensões que os autores da ferramenta ServQUAL discriminaram (Elementos Tangíveis, Fiabilidade, Capacidade de Resposta, Segurança e Empatia). Concluímos que a sua aplicabilidade não foi plena.

Seguidamente explorámos a possível ligação entre as dimensões resultantes da análise factorial (final) com a probabilidade de recomendar o serviço, a probabilidade de mudar para outros serviços e ainda a predisposição de pagar mais pelos serviços prestados. Para todos estes itens apenas encontrámos uma baixa explicação da parte dos factores para com as intenções: *Probabilidade de Recomendação* (7,1%); *probabilidade de mudar para outro serviço* (11,8%); *predisposição para pagar mais pelo serviço* (12,7%). As dimensões também só conseguiram explicar a *Qualidade Global* em 39,4% e a *Satisfação Global* em 38,4%.

É de salientar que apenas o factor 1 teve efeito significativo nestes dois itens. Apesar de valores baixos, isto veio confirmar o que já foi apontado por outros autores referidos nos capítulos anteriores: existe uma relação positiva entre a satisfação do cliente e as suas intenções de compra para com um serviço ou organização {Parasuraman, 1996}

Relembramos os itens que compõem o factor 1:

- Q1. A EE (Equipa de Enfermagem) possui meios tecnológicos modernos (aparelhos para medir tensão, glicemia, etc.)
- Q3. Os funcionários da EE têm uma aparência cuidada
- Q6. Quando tem um problema, a EE trata-o de forma simpática, de modo a transmitir--lhe confiança

- Q7. Pode-se confiar na EE
- Q14. Pode-se confiar nos funcionários da EE
- Q15. Sente-se seguro nas suas interações com os funcionários da EE
- Q16. Os funcionários da EE são correctos e fiáveis
- Q18. Os funcionários da EE não o tratam de forma personalizada

Se pensarmos na natureza do serviço de apoio ao domicílio compreendemos que muitas vezes os aspectos apontados como elementos tangíveis na literatura como a Q1 e Q3 poderão ser compreendidos pelos utentes como segurança e fiabilidade, juntamente com as questões Q6 e Q7 que são apontadas na literatura como dimensões da fiabilidade. Se nos tentarmos colocar na pele de um utente necessitado por apoio ao domicílio para melhorar o seu bem-estar, um profissional de saúde que entre pela sua casa pela primeira vez com boa aparência (bata branca e limpa) e com todos os equipamentos necessários para o tratamento individualizado está automaticamente a enviar mensagens que é um profissional fiável de confiança. Outras questões também valorizadas pelos utentes são as questões 14, 15, 16 da dimensão segurança seguida da questão 18 da dimensão empatia. Uma vez mais, os comportamentos medidos na Q18 podem levar o utente a sentir-se (ou não) mais seguro para com o serviço prestado.

Ficou claro com este trabalho que as dimensões propostas na literatura terão de ser melhor exploradas uma vez que a situação de ausência de saúde é uma conjuntura frágil que necessita de uma investigação mais longa e profunda, qualitativa, de forma a obter respostas mais conclusivas.

## **5.1. Limitações do estudo**

Este estudo devia ter contado com um pré-teste, para tentar minimizar os erros de interpretação, porém o baixo grau de escolaridade da população-alvo deste estudo é já por si um problema pois as escalas podem ser adaptadas só até certo ponto, ao simplificar em demasia os itens corremos o risco de deixar conseguir medir o pretendido pela escala.

A amostra em estudo está fortemente representada pelos utentes do CS de Aveiro, comparativamente a Vagos e Ílhavo, dando mais representatividade às respostas dadas aos utentes do CS de Aveiro.

Existem poucos trabalhos sobre serviço de apoio ao domicílio em Portugal com o uso de uma das escalas ServPERF ou ServQUAL.

## **5.2. Propostas para investigação futura**

Devia ser alargada a amostra pelo distrito de Aveiro de forma a obter um maior número de utentes e uma amostra melhor distribuída pelos CS. Devia também ser mais fácil o acesso do investigador aos utentes, talvez integrá-lo na equipa de domicílio de forma a reduzir a desconfiança por parte do utente.

Proponho também um estudo alargado e melhorado, com componente qualitativa, para uma melhor compreensão dos factores responsáveis pela qualidade do serviço de apoio ao domicílio e quais os itens de maior representatividade para este tipo de serviço.

## Referências bibliográficas

ARSC- Relatório de Actividades 2007. Administração Regional de Saúde do Centro, 2008.

BRANCO, ANTÓNIO GOMES; RAMOS, VÍTOR - Cuidados de saúde primários em Portugal. Vol. 2 (2001).

CRONIN, J. JOSEPH; TAYLOR, STEVEN A. - Measuring Service Quality: A Reexamination and extension. Journal of Marketing. Vol. 56 (1992), p. 13.

DDHHS- Health Care in America: Trends in Utilization. 2004.

DH- Definition of HACC Personal Care and Home Care.

GARVIN, DAVID A. - Quality on the line. Harvard Business Review. Vol. 61 (1983), p. 8.

GRÖNE, O.; GARCIA-BARBERO, M. - Integrated care: a position paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services. Int J Integr Care. ISSN 1568-4156 (Electronic). Vol. 1 (2001), p. 10.

GRÖNROOS, CHRISTIAN - Service Management and Marketing: Customer Management in Service Competition. third. England: John Wiley & Sons Ltd, 2007.

GUMMESSON, EVERT - The new marketing: developing long-term interactive relationships. Long Range Planning. (1987), p. 10.

HAIR, JOSEPH F. [et al.] - Análise Multivariada de Dados. BMA - BOOKMAN, 2009.

HILL, MANUELA MAGALHÃES; HILL, ANDREW - Investigação por Questionário. 1. Lisboa: Edições Sílabo, 2000.

MARÔCO, JOÃO - Análise Estatística com PASW Statistics. Pêro Pinheiro: ReportNumber, 2010.

MCSP- A Equipa de Cuidados Continuados: Orientação para a sua constituição nos centros de saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários, 2007.

NAHCH- Basic Statistics about Home Care. 2005.

OLIVER, RICHARD L. - Cognitive, Affective, and Attribute Bases of the Satisfaction Response. The Journal of Consumer Research. Vol. 20 (1993), p. 12.

PARASURAMAN, A.; BERRY, LEONARD L; ZEITHAML, VALARIE A. - Refinement and Reassessment of the SERVQUAL Scale. Journal of Retailing. Vol. 67 (1991), p. 30.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, VALARIE A.; BERRY, LEONARD L. - The Behavioral Consequences of Service Quality. Journal of Marketing. Vol. 60 (1996), p. 15.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, VALARIE A.; BERRY, LEONARD L. - A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research

Journal of Marketing. Vol. 49 (1985), p. 9.

PESTANA, MARIA HELENA; GAGEIRO, JOÃO NUNES - Análise de Dados para as Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS. 5. Lisboa: Edições Sílabo, 2008.

SS - Acção Social para Pessoas em Situação de Dependência [em linha]. Segurança Social. [Consult. 14-10-10]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MTSS/DGSS/pt/SER\\_acciao+soci+al+para+peessoas+em+situacao+de+dependencia.htm](http://www.portaldocidadao.pt/PORTAL/entidades/MTSS/DGSS/pt/SER_acciao+soci+al+para+peessoas+em+situacao+de+dependencia.htm)>.

TEAS, R. KENNETH - Expectations as a Comparison Standard in Measuring Service Quality: An Assessement of a Reassessement. Journal of Marketing. Vol. 58 (1994), p. 7.

# Anexo 1



Universidade de Aveiro

Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial

Pretendemos com este Inquérito saber a sua opinião em relação à qualidade de serviço prestado pela Equipa de Enfermagem no seu domicílio.

Com este inquérito pretendemos melhorar os serviços prestados.

**Desde já agradecemos a sua colaboração.**

## Q1. Número de pessoas no agregado familiar?

\_\_\_\_\_

## Q2. Habilitações literárias (grau de ensino que completou)

não tem grau de ensino \_\_\_\_\_ tem até à 4ª classe \_\_\_\_\_ tem até à 6ª classe \_\_\_\_\_

tem até ao ensino profissional \_\_\_\_\_ tem licenciatura \_\_\_\_\_

## Q3. Sexo

Feminino \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_

## Q4. O que fez nos últimos seis meses?

Desempregado \_\_\_\_\_ Reformado \_\_\_\_\_ Trabalhador conta de outrem \_\_\_\_\_ Estudante \_\_\_\_\_

Trabalhador conta própria \_\_\_\_\_ Tratamento da casa e da Família (domestico(a)) \_\_\_\_\_ Outro \_\_\_\_\_

## Q5. A sua residência localiza-se:

Aveiro \_\_\_\_\_ Ílhavo \_\_\_\_\_ Vagos \_\_\_\_\_

## Q6. Faixa etária:




Até 65 anos \_\_\_\_\_ Mais de 65 anos \_\_\_\_\_

## Q7. No seu agregado familiar existem pessoas portadoras de doenças crónicas (diabetes mellitus, hipertensão arterial, hipercolesterolémias, outras)?

Sim \_\_\_\_\_ Não \_\_\_\_\_

As afirmações que se seguem têm a ver com os seus sentimentos para com a Equipa de Enfermagem

**Q8. Por favor, assinale até que ponto acredita que a Equipa de Equipa de Enfermagem (EE) possui as características que a seguir se descrevem.** Assinalar 7 quer dizer que concorda muito que a Equipa possui essa característica, enquanto assinalar 1 quer dizer que discorda muito.

LEGENDA:							
7 = ☺ - Concordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7
1 = ☹ - Discordo totalmente							
1. A <b>EE</b> possui meios tecnológicos modernos (aparelhos para medir tensão, glicémia, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
2. A <b>EE</b> possui instalações físicas agradáveis (área atendimento ao público, casas de banho, gabinete de atendimento personalizado)	1	2	3	4	5	6	7
3. Os funcionários da <b>EE</b> têm uma aparência cuidada	1	2	3	4	5	6	7
4. As instalações físicas da <b>EE</b> , e os meios de transporte utilizados pelos profissionais que prestam o serviço parecem adequadas ao tipo de serviço prestado	1	2	3	4	5	6	7
5. A <b>EE</b> cumpre com rigor os horários estipulados	1	2	3	4	5	6	7
6. Quando tem um problema, a <b>EE</b> trata-o de forma simpática, de modo a transmitir-lhe confiança	1	2	3	4	5	6	7
7. Pode-se confiar na <b>EE</b>	1	2	3	4	5	6	7
8. A <b>EE</b> presta o serviço no tempo prometido	1	2	3	4	5	6	7
9. A <b>EE</b> mantém os registos dos clientes actualizados (medicação, parâmetros bioquímicos, etc.)	1	2	3	4	5	6	7
10. A <b>EE</b> não comunica com exactidão aos seus clientes o horário em que os cuidados serão prestados	1	2	3	4	5	6	7
11. Sempre que recorre à <b>EE</b> , os funcionários mostram-se indisponíveis	1	2	3	4	5	6	7
12. Os funcionários da <b>EE</b> nem sempre demonstram boa vontade em ajudar os clientes	1	2	3	4	5	6	7
13. Os funcionários da <b>EE</b> estão demasiado ocupados e não conseguem responder aos pedidos do utente no tempo apropriado	1	2	3	4	5	6	7
14. Pode-se confiar nos funcionários da <b>EE</b>	1	2	3	4	5	6	7
15. Sente-se seguro nas suas interacções com os funcionários da <b>EE</b>	1	2	3	4	5	6	7
16. Os funcionários da <b>EE</b> são correctos e fiáveis	1	2	3	4	5	6	7
17. Os funcionários da <b>EE</b> não recebem, do Centro de Saúde, apoio adequado ao bom desempenho das suas tarefas	1	2	3	4	5	6	7
18. Os funcionários da <b>EE</b> não o tratam de forma personalizada	1	2	3	4	5	6	7
19. A <b>EE</b> não lhe disponibiliza um atendimento individualizado	1	2	3	4	5	6	7
20. A <b>EE</b> não tem em consideração os seus interesses e necessidades	1	2	3	4	5	6	7
21. Os funcionários da <b>EE</b> não entendem as suas necessidades	1	2	3	4	5	6	7
22. O horário praticado pela <b>EE</b> não convém a todos os seus clientes	1	2	3	4	5	6	7



As afirmações que se seguem têm a ver com os seus sentimentos para com a Equipa de Enfermagem

Por favor, responda rodeando com um círculo o número que melhor descreve as suas percepções.

**Q9. Os serviços prestados pela Equipa de Enfermagem são:**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

muito maus

muito bons

**Q10. Relativamente aos serviços prestados pela Equipa de Enfermagem, considera-se, globalmente:**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

muito insatisfeito

muito satisfeito

**Q11. Qual a probabilidade de recomendar a Equipa de Enfermagem a um familiar e/ou amigo?**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

muito pequena

muito grande

**Q12. Qual a probabilidade de mudar para outros serviços, se existisse outro Centro, igualmente perto, a prestar também Cuidados ao Domicílio?**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

muito pequena

muito grande

**Q13. Qual a minha predisposição para pagar mais pelos serviços prestados Equipa de Enfermagem, caso eles aumentassem de preço?**

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

muito pequena

muito grande

**Muito Obrigada pela sua colaboração.**

## Anexo 2

Código \_\_\_\_\_

### CONSENTIMENTO INFORMADO

Estamos a solicitar a sua participação no estudo da Satisfação dos utentes para com os cuidados prestados no domicílio.

Gostaríamos de saber se aceita colaborar neste estudo, respondendo a algumas questões. A sua participação é muito importante para sabermos o que sente e pensa acerca destes cuidados que lhe são prestados. As suas informações são estritamente confidenciais pois os resultados serão codificados e utilizados apenas neste estudo. Esta participação será voluntária pelo que poderá interrompê-la a qualquer momento.

Data ...../...../.....

Data ...../...../.....

Assinatura do Investigador

Assinatura do Participante\*

---

---

\*Ou responsável legal